

Guilherme Arantes Mello

Pensamento clássico da saúde pública paulista na era dos centros de saúde e educação sanitária

Classical public health thinking in São Paulo during the era of health centers and health education

RESUMO

Revisão histórica sobre ideias e conceitos da organização sanitária que se seguiram à introdução do modelo do Centro de Saúde distrital pela reforma do Serviço Sanitário em 1925. Discute-se o pensamento dos sanitaristas Geraldo de Paula Souza, Rodolfo Mascarenhas e Reinaldo Ramos, representantes ilustres do “pensamento clássico” da saúde pública de São Paulo.

DESCRIPTORES: Saúde pública, história. Reforma dos Serviços de Saúde. Medicina Social. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The article reviews the ideas and concepts of health service organization that followed the introduction of the Health Center model by the Health Service reform in 1925. It discusses the thinking of Geraldo de Paula Souza, Rodolfo Mascarenhas and Reinaldo Ramos, distinguished representatives of “classical thought” of public health in São Paulo, Southeastern Brazil.

DESCRIPTORS: Public Health, history. Health Care Reform. Social Medicine. Primary Health Care.

Departamento de Medicina Preventiva. Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Guilherme Arantes Mello
R. Borges Lagoa, 1341
Vila Clementino
04038-034 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: gmello@unifesp.br

Recebido: 30/6/2011
Aprovado: 19/10/2011

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

INTRODUÇÃO

Referenciado pela história do discurso (contextualismo histórico/ideias), neste artigo reviso o pensamento moderno da organização sanitária que se fomentou em torno dos ideais do Centro de Saúde distrital (CS), exportado mundialmente pela Fundação Rockefeller na década de 1920. Sua leitura será realizada por intermédio de uma linhagem de pensamento político-sanitário que se estabeleceu em São Paulo nos ares pan-americanistas do final da Primeira República e encontra seu ocaso – mais simbólico do que semântico – nos anos 1970,^a um tanto premido pelos novos ideais – especialmente relacionados à tecnologia dos “sistemas” e aos conceitos gestados para Alma-Ata –, outro tanto pela radicalização do discurso sanitário naquele período. Instigado por Brandão,¹ intenciono identificar naquele novo léxico algumas ideias que se perenizaram como “*a priori* analíticos” na percepção da realidade.

A brevidade desse tempo histórico será ilustrada por um ligeiro traçado intelectual entre três de seus personagens centrais. Linhagem desvelada na literatura pela proficuidade de uma produção entreligada que continuou e se enriqueceu no tempo através de uma intensa relação pessoal, profissional, intelectual e inclusive sucessória à frente do Instituto de Hygiene/Faculdade de Saúde Pública da USP (FSP/USP). Figuras intelectuais responsáveis, como diz Brandão, por “ideias capazes de influenciar os homens de uma época”.¹ De braços abertos ligando as gerações situa-se o eminente sanitarista Rodolfo Mascarenhas (1909-1979), que, de um lado, dá a mão a Geraldo de Paula Souza (1889-1951), a quem trata por “mestre”,^b e, de outro, passa o bastão para seu discípulo Reinaldo Ramos (1920-1990).

Uma extensa literatura revisada mostra, ainda que venha se tratar de uma linhagem eminentemente paulista, que as raízes intelectuais comuns; o prestígio e pioneirismo de Geraldo de Paula Souza; o conhecimento, atualização e abrangência acadêmica de Rodolfo Mascarenhas; e a experiência sespiana e autoridade intelectual de Reinaldo Ramos conferem-lhe características gerais do que poderia ser denominado no país de “pensamento clássico” em saúde pública (nos limites da era dos centros de saúde e educação sanitária).^c

Não que pretenda ser a única trajetória possível, sequer a mais representativa. Uma ligeira folheada em estudos com essa interface histórica voltada para

o espaço do Distrito Federal, por exemplo, é o suficiente para observar como eles se mantêm ao largo do pensamento paulista.^{3,38}

GERALDO DE PAULA SOUZA E FRANCISCO BORGES VIEIRA

Os nomes de Paula Souza e Borges Vieira se confundem com a reforma do Serviço Sanitário Paulista de 1925 e com a criação do Instituto de Hygiene de São Paulo, marcos da ruptura da saúde pública brasileira com a tradição francesa. Com graus de aprofundamento distintos, os estudos de Rodolfo Mascarenhas,¹²⁻²¹ Nelly Candeias,⁵ Maria Alice Ribeiro,³⁶ Lina Faria⁷⁻⁹ e Cristina Campos² são referências obrigatórias desse período.

Após a conclusão do recém-criado doutoramento em Hygiene e Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins, Paula Souza e Borges Vieira retornam para assumir como diretor e vice-diretor do Instituto de Hygiene em 1922. Ao mesmo tempo o primeiro era também indicado para a Diretoria Geral do Serviço Sanitário do Estado, fazendo com que as duas diretorias se confundissem pelos cinco anos seguintes. Não foram poucas as resistências. Como senador estadual, Oscar Rodrigues Alves manifestou forte oposição ao acúmulo de diretorias, divisando conflitos de atribuições e privilégios indevidos;⁹ e Luiz de Toledo Piza Sobrinho, outro eminente representante de clã político, queixou-se da subordinação do Instituto à Secretária do Interior e não ao Serviço Sanitário.⁵

Mesmo que tenha aproveitado boa parte da reforma promovida por Arthur Neiva em 1917, o decreto 3.876, de 11 de julho de 1925^d – conhecido como “reforma Paula Souza” –, pode ser considerado um marco de ruptura institucional da saúde pública brasileira com a influência francesa – inclusive porque até então o próprio código sanitário do Estado era uma adaptação do seu congêneres francês.^e Declarava-se oficialmente uma nova era de organização dos serviços, na qual o Centro de Saúde (CS), de inspiração norte-americana, deveria ser visto como “eixo da organização sanitária” – expressão que atravessaria o século.⁴² Contudo, o CS era apenas o meio administrativo mais eficiente para alcançar a educação sanitária, o verdadeiro fundamento da reforma: “a formação da consciência sanitária das populações”.³⁹

^a Contextos específicos sobre esta temática foram descritos em outros momentos. ²²⁻²⁴

^b Dedicatória: “Aos meus mestres e amigos”: Prof. Charles-Edward A. Winslow; Prof. Clementino Fraga; Prof. Geraldo H Paula Souza; e Humberto Pascale.¹³

^c Aqui assumo a perspectiva de que o pensamento clássico da saúde pública brasileira engloba também uma fase anterior de influência francesa, inserida no referencial epistemológico da bacteriologia e saneamento urbano. Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Emílio Ribas, Belisario Penna e Arthur Neiva são grandes expoentes desta fase.

^d São Paulo. Decreto 3.876 de 11 de julho de 1925. Reorganiza o Serviço Sanitário e repartições dependentes [citado 2011 jun 28]. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1925/decreto%20n.3.876,%20de%2011.07.1925.htm>

^e Mascarenhas (1949)¹³, p. 49.

Um novo léxico sanitário se inaugurava, impondo seus novos referenciais e doutrinadores. Distritos, coordenação, integração e outros princípios administrativos foram rapidamente absorvidos. A preconização do “*regimen* de tempo integral”, nem tanto. Em termos gerais, a organização do CS se pautava pela preconização da família como unidade de cuidado, acompanhamento materno-infantil, vacinação, exames anuais de rotina, visita domiciliar, vigilância sanitária e profilaxia de doenças infectocontagiosas. Não é necessário estender aqui sobre a ruptura provocada pelos novos princípios e conceitos, descritos tempos depois pelos próprios reformadores e extensivamente contextualizados em revisão específica.^{23,42} Mas cabe relevar algumas características adicionais carreadas naquela nova matriz discursiva.

A inflexão norte-americana na saúde paulista – a ascendência da Fundação Rockefeller na Faculdade de Medicina se deu em paralelo à higiene – acentuou como esperado o ideário liberal nesse campo. Sua tradução respondeu especialmente por “dualismo”, revelado na separação entre medicina preventiva e curativa, esta a cargo do setor privado. Defendida com estrita convicção por Paula Souza, uma sólida cultura da exclusividade da educação sanitária e medicina preventiva foi estabelecida na saúde pública paulista, excluindo dos CS qualquer assistência médica sem caráter epidemiológico.⁴³ Mas tal inflexibilidade não era vista no próprio discurso norte-americano, também ainda inicial.^{32,45} Difícilmente Souza e Vieira desconheciam a cólera liberal provocada pela ideia de incorporação da assistência médica gratuita nos CS norte-americanos naquela segunda década em que por lá estudavam;⁴⁵ ou da resistência a qualquer tentativa de socialização da medicina.⁶ De todo modo, amparados na firme crença sobre sua efetividade científica, convenciam-se de que a oferta da assistência médica nos CS seria completamente contraprodutiva à “educação sanitária popular”.⁴²

O anseio da política sanitária guiada pela ciência não era algo novo (ao menos no plano retórico) e pode ser visto no próprio decreto de regulamentação do Serviço Sanitário de 1896, iniciado pela atribuição do “estudo científico de todas as questões relativas à saúde pública”.^f Ainda, o saneamento das cidades sob Emílio Ribas e Oswaldo Cruz, apenas para ficar em seus maiores ícones, elevou enormemente o status científico na era bacteriológica que precedeu os CS. Entretanto, a semântica engendrada em Johns Hopkins altera de forma incisiva a estrutura do discurso sanitário, que passa então a se postar exclusivamente do posto de

enunciação científico, escusando-se peremptoriamente de qualquer intencionalidade política em suas preconizações – mas, por seu turno, invertendo essa ordem com relação a qualquer ideia discordante.^g

Sendo assim, Paula Souza se viu como um homem das ciências e dessa forma foi visto, distanciado das intencionalidades políticas e de objetivos menores não científicos.^h Amparado por um amplo contexto político familiar (e internacional), assume um cargo político, mas se recusa em tratá-lo como tal: “nos Estados Unidos a escolha de Universidades em vez de Secretarias de Saúde justifica-se não pelo maior grau de cultura dessas instituições, como também pelo seu maior afastamento dos interesses de política partidária” (citado por Candeias, 1984).⁵ Certamente um arcabouço dessa visão havia sido moldado em casa pelo exemplo de seu pai, Francisco de Paula Souza, que havia preterido uma influente carreira política para fundar e dirigir a Escola Politécnica, sempre na defesa do pensamento racional.²⁶

Mas de fato essa obstinação científica/racional de Paula Souza entrevia um fenômeno de transição tecnológica que coadunava o padrão norte-americano tão enaltecido sobre os CS: a eficiência administrativa. Fincavam-se naquele tempo as estacas do modelo de administração burocrática na saúde pública: técnica e hierarquia opondo-se à herança da administração carismática. Motivo também da ênfase sobre a imperiosa defesa da especialização sanitária que quixotescaamente atravessaria as décadas (ressalte-se que os cursos de especialização já compunham o ideário de Neiva).

Outro ponto defendido com afinco, embora não tenha sido alcançado pela própria reforma, refere-se à subordinação da higiene escolar ao Serviço Sanitário;⁴¹ visão reforçada pelo “êxito” do treinamento de professoras primárias como visitadoras, motivado pela ausência de enfermeiras.⁴² A relação dos CS com as escolas primárias, isto é, do aconselhamento da educação sanitária e exames de rotina desde o início da formação escolar, se fundamentava no conceito de “eugenia preventiva”,⁴⁰ inscrito com distinção nos certificados do Instituto: “A educação sanitária semeia, a raça colherá o fruto”.^{47,p.41}

Afastado do Serviço Sanitário em 1927, Paula Souza se manteve na diretoria do Instituto de Higiene até a sua morte em 1951, com passagens por cargos internacionais de prestígio ligados à Fundação Rockefeller. Em uma dessas oportunidades foi responsável por apresentar em conjunto com a representação chinesa o requerimento de criação da Organização Mundial da Saúde.⁴⁶ Ao longo de sua permanência paulistana,

^f São Paulo. Decreto 394 de 7 de outubro de 1896. Aprova o regulamento do Serviço Sanitário. [citado 2011 jun 28]. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1896/decreto%20n.394,%20de%2007.10.1896.htm>

^g Esta característica pode ser observada com clareza na extensa revisão apresentada por Lina Faria.⁹

^h Este é um tempero de fartas pitadas na literatura paulista de cunho histórico. A confusa revisão de Merhy é uma das que mais acentuam esta perspectiva maniqueísta: “Paula Souza apareceu neste cenário a partir da publicação, na imprensa local, de artigos que criticava os serviços estaduais de Saúde Pública”.^{25,p.82}

Paula Souza dedicou-se ao estudo e difusão dos princípios de higiene do trabalho e nutrição, o que o levou a integrar a criação do Instituto de Organização Racional do Trabalho (IDORT) e organização do Serviço de Alimentação do Serviço Social do da Indústria (SESI).⁴⁷ No cômputo de sua carreira e obra, nas quais predominam os ensaios de opinião, sobressai uma atuação sanitária de notável cunho político, sobre uma natureza diplomática inegável, que só a mais refinada educação aristocrática poderia oferecer. Borges Vieira, falecido em 1950, estabeleceu com ele uma parceria global e indissociável, embora não haja dúvida de que foi sua a tarefa precípua de “carregar o piano”.

RODOLFO DOS SANTOS MASCARENHAS

Rodolfo Mascarenhas foi um dos mais brilhantes intelectuais da saúde pública brasileira e apenas mais um a sucumbir à sina de nossa baixa memória coletiva. Médico formado em 1932 no Rio de Janeiro, iniciou carreira privada como clínico geral e tisiologista em São José dos Campos, interrompida logo no ano seguinte ao ser nomeado prefeito do município. Desistiu de ambas para seguir a carreira sanitária. Nesse intento especializou-se pelo Instituto de Higiene em 1937 e sentiu necessidade de aprofundar o entendimento social e político, valendo-lhe nova graduação pela Escola Livre de Sociologia e Política em 1940. Cinco anos depois concluiu doutoramento pela Universidade de Yale e, a convite de Paula Souza, retornou para assumir a cadeira de Técnica de Saúde Pública da então Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Defende tese de livre-docência em 1949 e torna-se diretor dessa faculdade entre 1966 e 1972.

Sua extensa produção é ainda a principal fonte do pensamento da saúde pública paulista da primeira metade do século XX e está na base de todos os estudos sobre aquele período (embora nem sempre relevados os devidos créditos). Reinaldo Ramos definiu assim sua presença:³⁷

“Pode-se afirmar, sem receio de exagero, que nada de importante ocorreu na saúde pública do Estado, nos últimos trinta anos, sem a participação e o testemunho de Mascarenhas – ora pessoalmente, no palco dos acontecimentos; ora na retaguarda, com suas palavras de estímulo e seu conselho avisado; ora indiretamente, através dos inúmeros técnicos que ele preparou e orientou”.

Diferente da transição de 1925, em que Paula Souza e Borges Vieira digladiavam-se pelos CS distritais com conceitos frágeis e concentrados na capital, à sua época esses princípios já pertenciam ao discurso do

senso comum. Sob a batuta de João de Barros Barreto, antigo bolsista em Johns Hopkins, a era Vargas havia criado uma sólida estrutura burocrática na saúde pública do País, fortemente norteadas pela ideia dos CS e modelo de administração burocrática.^{10,23} Mas se havia passado o revolto contexto da ruptura provocada pelo pan-americanismo sanitário, agora era o próprio planeta que se achava conturbado pela polarização capitalismo-comunismo. Tensão que confere certo tom de angústia no encerramento da tese de Mascarenhas e o pressuposto dos “Três caminhos...” para a organização sanitária.¹ Desse modo, o conjunto do debate mostrava-se claramente inserido em grandes linhas nacionais, cuja expressão da ideologia varguista pode ser encontrada mesmo em Borges Vieira.⁴⁹

A principal delas, subproduto do núcleo de divergência do liberalismo brasileiro, acerca do ideal da descentralização. A fórmula da “desconcentração” havia sido dada por Oliveira Viana e rigorosamente seguida por Barros Barreto: descentralização administrativa com centralização política. Assemelhando-se ao rigor metodológico deste, Mascarenhas dedicou-se a pensar a racionalidade da administração sanitária e, quem sabe influenciado pela experiência executiva, o fez de uma maneira própria e insólita às tradições da época, com ampla fundamentação econômica. E assim, mesmo concordando que cumpridas algumas exigências a política de descentralização sanitária para o município era uma etapa final desejável; mostrou sua completa inviabilidade econômica naquele momento.¹²⁻¹⁴ Mas por trás da simpatia à desconcentração, Mascarenhas corroborava um receio predominante quanto à fragilidade política municipal. Não por acaso sua aversão aos favorecimentos, nepotismo e corrupção na política da saúde pública servia-se da expressão “politicalha”, aquela mesma proferida repetidas vezes por Oliveira Viana.⁴⁸

Nesse domínio seu discurso era antinômico àquele exportado pela Fundação Rockefeller nos anos 1920, pois declaradamente tinha em conta a precedência das decisões políticas sobre as técnicas;¹⁵ provavelmente influenciado pela própria experiência política e formação sociológica, mas com certeza também porque o fortalecimento nacional dos partidos e criação do Ministério da Saúde havia levado o debate sanitário em definitivo para a arena político-partidária.¹¹

A década de 1950 assistiu à maturidade acadêmica de Mascarenhas, que não deixou de reafirmar a cumplicidade com os ideais de seus mentores: “Como já afirmam os saudosos sanitaristas professores Geraldo de Paula Souza e Francisco Borges Vieira, o ‘centro de saúde é o eixo da organização sanitária’”.¹⁵ Mas

¹ “O primeiro [...] seguir a actual evolução dos serviços de saúde pública [...] O segundo [...] uma reorganização completa, total, de todas as actividades da referida Secretaria de Estado [...] A terceira estrada é obscura. Não é vista. É desconhecida completamente. [...] Essa parte interessada em uma melhoria social e económica não conseguida, poderá ser levada a um movimento legal ou ilegal que modificará completamente a estrutura política e económica do país. A terceira estrada será então trilhada.”¹³, p.533-7

como se viu, já se iam os anos e, assim com é difícil perceber o crescimento dos filhos, sem tanta aparência o discurso sanitário se encontrava estruturado em outra realidade e complexidade, muitas vezes contratória com os preceitos originais. A higiene aquietava-se no fundo das prateleiras para ceder espaço à medicina preventiva e o dualismo era letra morta no discurso: “já não mais existem limites nítidos entre a medicina preventiva [...] e a medicina curativa”.¹⁵ E, embora não se furtasse à obstinada defesa da carreira e especialização sanitária, o foco havia se alterado para o ensino médico, com o currículo transversal da medicina preventiva.¹⁹ Mas nesse ínterim o assento benemérito legado pela Fundação Rockefeller sequer chegou a esfriar, ocupado celeremente pela Fundação Kellogg’s.

Voltado para o ensino médico em saúde pública, Mascarenhas acompanhou de perto e difundiu os conhecimentos da medicina integral e comunitária.¹⁹ Concentrou-se como ninguém nas definições conceituais envolvidas, sem, é claro, escapar à expressão do DNA normativo do sanitarista brasileiro.^{16,17} Dedicou especial interesse ao conceito de integração¹⁸ e nos anos 1970 sua semântica pouco difere daquela que chega ao SUS sob o signo da integralidade – senão pela ideia de “sistêmica”, ausente no pensamento clássico:

“A medicina e a Saúde Pública devem ser aplicadas de modo global, integral, sem divisão rígida entre atividades preventivas e curativas. O indivíduo, doente ou sadio, não pode ser observado com exclusão de seu meio físico, biológico e social. Os problemas de saúde pública devem ser estudados de modo integral, em contato com outros problemas não sanitários [...]. Surge o direito à saúde, extensivo a todos os cidadãos”.^{20,p.2-3}

Mas os egrégios também se sujeitam ao tempo, e seu derradeiro texto sobre saúde comunitária, assim como os demais capítulos da coleção, deixam patente a distância daqueles enunciados com o fervilhante discurso da atenção primária à saúde que se punha em curso de Alma-Ata.²¹

REINALDO RAMOS

Em Reinaldo Ramos encontramos um dos últimos baluartes da linhagem clássica da saúde pública paulista, reafirmação de uma era de pensadores meticulosos, envolvidos no pan-americanismo da saúde, mas sem perder a identidade do pensamento nacional.³⁷ Desde meados dos anos 1950, a saúde pública brasileira trilhava três grandes caminhos assistenciais. De um lado se reforçava a participação previdenciária na assistência, marcada em 1966 pela inversão orçamentária com a saúde pública propriamente dita.²⁸ Por outro, uma era de otimismo sanitário havia feito com que Mário Pinotti, à frente do ministério de Kubitschek, concentrasse as políticas ministeriais em campanhas de

erradicação, restando aos estados o desenvolvimento de redes locais de serviços básicos através de convênios com o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP).²⁷ É no contexto da objetividade técnica e autonomia política desse serviço, e do planejamento da organização sanitária com base nas redes locais, que se elabora o pensamento de Ramos.

Sua tese de doutorado “Indicadores do nível de saúde: sua aplicação no Município de São Paulo (1894-1959)” teve grande influência técnica no pensamento administrativo da saúde pública paulista.³⁰ No entanto, ao contexto aqui desenvolvido interessa em particular o estudo de 1972: “A integração sanitária”, admirável tese de livre-docência que ainda hoje dificilmente poderia ser superada em seus objetivos de revisar o histórico nacional e internacional desse tema. Em sua dedicatória, como praxe entre os sescianos, a grande admiração pelos esforços empenhados ao sanitarismo e construção nacional.³²

“[...] trata-se de nossa homenagem a um grupo de colegas – vários deles já falecidos – que, enfrentando dificuldades sem conta, empenharam os melhores anos de suas vidas na implantação da mais perfeita organização de saúde que o país jamais conheceu”.

A influência de Rodolfo Mascarenhas é facilmente identificada na estrutura de seus escritos iniciais. Muito típica, inicia seu artigo “Considerações sobre o problema da assistência médico-sanitária em áreas rurais” pelo problema da conceituação de área rural, segue pelo diagnóstico descritivo de questões sanitárias, tece “algumas sugestões para o problema” e conclui por tópicos.²⁹ Nesse texto aborda a dificuldade da fixação profissional, uma questão que no geral se manteria atualizada cinco décadas depois: “Numerosos médicos do SESP permanecem neste órgão apenas o tempo suficiente para fazerem uma reserva monetária que lhes permitisse aventurar a clínica em centros maiores”. Mas não somente um problema médico, pois “estritamente associado e não menos importante [...] é o problema da enfermeira”.

Foi esse realismo impingido pelas práticas que levaram o SESP a assumir a assistência médica como atividade básica desde 1948,^{4,32} expurgando do discurso aquele velho idealismo inicial sobre a exclusividade da educação sanitária:

“Sendo este o profissional mais caro e diferenciado da equipe, e tendo em vista sua má distribuição em nosso território, a organização de saúde deve de preferência aproveitá-lo naquilo que só ele, em razão de sua formação, seja capaz de fazer. Não basta, pois, aceitar a assistência médica com atividade básica de saúde pública [...] mas reconhecer nesta atividade a própria razão de ser da fixação do médico numa unidade sanitária”.²⁹

Como se pode ver em outros sanitaristas clássicos, Reinaldo Ramos também se ocupou em responder à polêmica suscitada pelo bordão de Mário Magalhães: “Não padece dúvida que os problemas de saúde – pelo menos os de natureza primária, como os que nos preocupam – são problemas de superestrutura”. Contudo, pondera que “são causas profundas que escapam à ação da agência de saúde”, além do que a doença e a morte precoce não poderiam também ser dissociadas do empobrecimento, o que diminuía a própria influência dos programas de saúde pública nos níveis de saúde da população rural.²⁹

Acompanhando a ênfase imprimida à década de 1960 pela OPAS, Ramos dedicou especial interesse ao estudo do planejamento – campo eferescente sob influência de Gunnar Myrdal e Celso Furtado. Mostrava-se convicto de sua relação com o desenvolvimento: “Concebemos o planejamento, em seu sentido mais amplo, como o meio de alcançar o desenvolvimento integral de uma comunidade nacional – ou seja, o planejamento econômico e social”.³¹ Dessa visão ampliada depreende dois campos de planejamento para a saúde pública, um de “integração intrassetorial” e outro de “integração intersectorial”.

O primeiro caso, motivo de sua tese de 1972, lidava com a integração e coordenação dos serviços de saúde, que poucos anos à frente ganharia um sentido mais claro no conceito de “sistema”. No segundo caso, enfraquecido adiante no discurso recente de “reforma sanitária”, preconizava o setor saúde como elemento tecnológico essencial do desenvolvimento econômico e social, de forma que as “relações entre saúde e desenvolvimento devem ser identificadas com a possível precisão”.³¹ Para ele eram quatro as principais áreas de articulação intersectorial da saúde pública: produção de seus insumos por outros setores; contribuição para o produto interno bruto; participação em bens ou serviços de interesses comuns com outras áreas; e participação como setor de infraestrutura em projetos regionais.^{32,p.5}

Todo esse acúmulo disciplinar da linhagem clássica se traduzia em cursos de especialização para sanitaristas; voltados para profissionais dos serviços e alheio à “finalidade meramente acadêmica ou especulativa”.³¹ Inicialmente longos e abrangentes – com carga horária de 480 horas e iniciado por um “introdutório” de cinco semanas³⁴ –, seria instado a adaptar-se para a formação em massa visando à carreira sanitaria, enfim prenunciada pela Reforma Leser.⁴⁴ Uma cultura de avaliação – e autoavaliação – buscava seu espaço ao sol.³³ Época em que a antiga aspiração gestora do Instituto de Higiene há muito havia se dissipado e a Faculdade de Saúde Pública se concentrava na formação de quadros, pesquisa e consultoria. Contexto de intensiva participação na reforma da Secretaria de Saúde de 1968, na primeira gestão de Walter Leser.²⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta sumária pincelagem de três gerações do Instituto de Higiene – FSP/USP procurei esboçar um quadro com algumas das principais matrizes discursivas que moldaram o pensamento clássico da saúde pública paulista que se seguiu à ruptura paradigmática representada pelos ideais dos centros de saúde nos anos 1920. Leituras específicas são seguramente necessárias para compreensão política e epistemológica desse corpo de ideias e conceitos inicialmente de limites locais, e que se expandiu na velocidade da complexificação setorial e social para alcançar os idos de 1970 como elementos estratégicos de desenvolvimento regional e nacional. Nossos três personagens são facilmente identificados pelo propósito de identificar matrizes do pensamento sanitário, justamente pelo brilho acadêmico que galgaram. Mas a intenção é que representem todo o brilhantismo daqueles que se dedicaram com menos afincos aos registros, porquanto optaram por lidar diretamente com poeira da construção nacional.

REFERÊNCIAS

1. Brandão GM. Linhagens do pensamento político brasileiro. São Paulo; Hucitec; 2007.
2. Campos C. São Paulo pela lente da higiene: as propostas de Geraldo Horácio de Paula Souza para a cidade (1925-1945). São Carlos: RiMa; 2002.
3. Campos CEA. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. *Hist Cienc Saude-Manguinhos*. 2007;14(3):877-906. DOI:10.1590/S0104-59702007000300011.
4. Candau MG, Braga E. Novos rumos para a saúde pública rural. *Rev SESP*. 1948;2(2):569-90.
5. Candeias NMF. Memória histórica da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – 1918-1945. *Rev Saude Publica*. 1984;18(Esp):2-60. DOI:10.1590/S0034-89101984000700002
6. Castro-Santos LA, Faria L. Os primeiros centros de Saúde nos Estados Unidos e no Brasil: um estudo comparativo. *Teor Pesq*. 2002;(40-41):137-81.
7. Faria LR. A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-30): perspectivas históricas. *Hist. Cienc Saude-Manguinhos*. 2002;9(3):561-90. DOI:10.1590/S0104-59702002000300005.
8. Faria L. A Casa de Geraldo de Paula Souza: texto e imagem sobre um sanitarista paulista. *Hist Cienc Saude-Manguinhos*. 2005;12(3):1011-24. DOI:10.1590/S0104-59702005000300019.
9. Faria LR. Saúde e política: a Fundação Rockefeller e seus parceiros em São Paulo. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2007.
10. Fonseca CMO. Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
11. Hamilton W, Fonseca C. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. *Hist Cienc Saude-Manguinhos*. 2003;10(3):791-825. DOI:10.1590/S0104-59702003000300002
12. Mascarenhas RS. Contribuição para o estudo das despesas do governo do Estado de São Paulo com os seus serviços de saúde pública: 1890-1948. *Arq Fac Hig Saude Publica Univ Sao Paulo*. 1948;2(1):91-204.
13. Mascarenhas RS. Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo [tese de livre-docência]. São Paulo: Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP; 1949.
14. Mascarenhas RS, Ferreira NG. Contribuição para o estudo do financiamento das unidades sanitárias locais pelos municípios brasileiros. *Arq Fac Hig Saude Publica Univ Sao Paulo*. 1950;4(1):45-58.
15. Mascarenhas RS. Problemas de saúde pública no Estado de São Paulo. *Arq Fac Hig Saude Publica Univ Sao Paulo*. 1954;8(1):1-13.
16. Mascarenhas RS, Castro PC. Atividades de centros e sub-centros de saúde. *Rev Paul Hosp*. 1955;3(3):9-11.
17. Mascarenhas RS, Castro PC. Coordenação das atividades dos órgãos locais de saúde pública e a assistência hospitalar. *Rev Paul Hosp*. 1955;3(7):8-12.
18. Mascarenhas RS, Piovesan A. O conceito de integração aplicado à medicina e saúde pública. *Arq Hig Saude Publica*. 1961;26(89):179-98.
19. Mascarenhas RS, Wilson D, Bourroul G. O ensino da medicina preventiva em escolas de medicina. *Arq Fac Hig Saude Publica Univ Sao Paulo*. 1961-62;15-16:17-24.
20. Mascarenhas RS e colaboradores. Introdução à administração sanitária. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1972. Disciplina de Administração Sanitária.
21. Mascarenhas RS. A organização da assistência à saúde e da atenção médica como condicionamentos da saúde das comunidades. In: Pareta JM, Meira AR, D'Andretta Jr C, organizadores. Saúde da comunidade: temas de medicina preventiva e social. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil; 1976. p.95-117.
22. Mello GA. Modelos assistenciais de Saúde Pública paulista: o centro de saúde ordenando a história. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHD, organizadores. Política e gestão pública em saúde. São Paulo: Hucitec; 2011. p.663-88.
23. Mello GA, Viana AL. Centros de Saúde: ciência e ideologia na reordenação da saúde pública no século XX. *Hist Cienc Saude – Manguinhos*. 2011;18(4):1131-49. DOI:10.1590/S0104-59702011000400010.
24. Mello GA, Ibañez N, Viana AL. Um olhar histórico sobre a questão regional e os serviços básicos de saúde no Estado de São Paulo. *Saude Soc*. 2011;20(4):853-66. DOI:10.1590/S0104-12902011000400004
25. Merhy EE. A saúde pública como política. São Paulo: Hucitec; 1992.
26. Nadai E. Ideologia do progresso e ensino superior: São Paulo 1891-1934. São Paulo: Edições Loyola; 1987.
27. Penido HM. A estrutura sanitária brasileira. *Rev SESP*. 1958;10(1):185-214.
28. Possas CA. Saúde e trabalho: a crise da previdência social. Rio de Janeiro: Graal; 1981.
29. Ramos R. Considerações sobre o problema da assistência médico-sanitária em áreas rurais. *Arq Hig Saude Publica*. 1961;25(88):109-19.
30. Ramos R. Indicadores do nível de saúde: sua aplicação no município de São Paulo (1894-1959). [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP; 1962.
31. Ramos R. O treinamento de planejadores do setor saúde. *Rev Saude Publica*. 1968;2(2):207-15. DOI:10.1590/S0034-89101968000200007
32. Ramos R. A integração sanitária: doutrina e prática [tese de livre-docência]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1972.
33. Ramos R. O problema da avaliação em Saúde Pública. *Rev Saude Publica*. 1974;8(3):305-14. DOI:10.1590/S0034-89101974000300006
34. Ramos R, Witt A. O curso de planejamento da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: ensaio de avaliação. *Rev Saude Publica*.

- 1974;8(2):155-62.
DOI:10.1590/S0034-89101974000200002
35. Ramos R. Professor Rodolfo dos Santos Mascarenhas: 1909-1979 [necrológio]. *Rev Saude Publica*. 1979;13(3):0-0.
DOI:10.1590/S0034-89101979000300001
36. Ribeiro MAR. História sem fim: inventário da saúde pública, São Paulo, 1880-1930. São Paulo: Editora UNESP; 1993.
37. Sá ENC. Reinaldo Ramos [necrológio]. *Rev Saude Publica*. 1991;25(5):337-8.
DOI:10.1590/S0034-89101991000500001
38. Sobrinho VL. A política de saúde pública e o movimento sanitário brasileiro (1920-1950) [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ; 1981.
39. Souza GP. Os Centros de Saúde na organização sanitária do Estado de São Paulo. In: Annaes do 3º Congresso Brasileiro de Hygiene; 1926; São Paulo. Rio de Janeiro: Graphicas da Inspectoria de Demografia Sanitária; 1926. p.59-86.
40. Souza GP. Eugenia e imigração. *Fol Med*. 1928;25 fev:65-7.
41. Souza GP, Vieira FB. Qual a melhor organização dos serviços de higiene escolar? Deverão fazer parte dos serviços de saúde pública ou ficar subordinados à direção da instrução? *Rev Hyg Saude Publica*. 1934;8(4):113-23.
42. Souza GP, Vieira FB. Centro de saúde: "eixo" de organização sanitária. *Bol Inst Hyg Sao Paulo*. 1936;(59).
43. Souza GP. Centro de Saúde: órgão de higiene e não assistência. *Viver Mensário Saúde Força Beleza*. 1939;7 jan:13-6.
44. Souza JMP, Mercadante OA, Arantes GR, Ferreira SA, Vasconcelos TP. Curso de Saúde Pública em um semestre: algumas considerações. *Rev Saude Publica*. 1975;9(1):87-92.
DOI:10.1590/S0034-89101975000100012.
45. Stoeckle JD, Candib LM. The neighborhood health center: reform ideas of yesterday and today. *N Engl J Med*. 1969;280(25):1385-91.
DOI:10.1056/NEJM196906192802505
46. Sze S. The origins of the World Health Organization: a personal memoir 1945-1948. Boca Raton: LISZ Publications; 1982.
47. Vasconcellos MP, coordenadora. Memórias da saúde pública: a fotografia como testemunha. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1995.
48. Viana O. Instituições políticas brasileiras. Brasília (DF): Senado Federal; 1999.
49. Vieira FB. Questões de saúde e assistência na cidade e no campo. *Bol Inst Hyg Sao Paulo*. 1945;(87).